Rok XXXVII. Kraków 8. Stycznia 1898. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prof. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.**

Nowa tuberkulina (TR.) Kocha w leczeniu liszaja żrącego.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

sekundaryusz I. oddziału.

Każdy, kto spostrzegał większą ilość przypadków liszaja żrącego, wie dobrze o tem, jaką plagę stanowią ci chorzy tak po szpitalach jak i w praktyce prywatnej. To też doniosłe znaczenie pomyślnego i trwałego leczenia wystąpi dopiero wtedy, jeżeli uprzytomnimy sobie przebieg kliniczny tej najstraszniejszej z chorób skórnych. Nic więc dziwnego, że równorzędną z ciężkością tego cierpienia jest dążność wynalezienia środka, któryby nie tylko zmiany chorobowe usuwał, ale i nawrotom choroby zapobiegał.

Dotychczas już wszyscy prawie autorowie przyjęli jako pewnik, że liszaj żrący jest przyrody gruźliczej. Budowa anatomiczna, znalezienie w tkankach liszaja żrącego, chociaż skąpo, prątków gruźliczych, wreszcie wywołanie przeszczepieniem gruźlicy skóry, są to niezbite dowody tego twierdzenia. Postacie chorobowe wywołane zagnieżdżeniem się prątków gruźliczych w skórze, mogą być różne; liszaj żrący przedstawia odrębną postać tej sprawy chorobowej.

Wszystkie środki do leczenia gruźlicy skóry używane, tak bezkrwawe jak i krwawe, nie mogą nikogo w zupełności zadowolnić. Oczywiście najlepsze wyniki stwierdzamy po zabiegach chirurgicznych, czy to wyłyżeczkowaniu i przypaleniu żegadłem Paquelina, czy też wycięciu miejsc liszajem zajętych i pokryciu skórą, stósując tu jeden ze znanych sposobów. Wszystkie te zabiegi usuwają wprawdzie zmiany chorobowe, sprowadzając często znaczne oszpecenia tak, że w najlepszym razie, zazwyczaj tylko lekarz z wyniku jest zadowolonym, ale nie zapobiegają wcale nawrotom choroby, które zmuszają chorego do ciągłego szukania pomocy lekarskiej i to najczęściej do końca swego nieszczęśliwego żywota.

Dlatego, po przeczytaniu artykułu Kocha[1]) o nowej tuberkulinie (TR.), nie wahaliśmy się, mimo niepomyślnych prób w tym kierunku otrzymanych, w r. 1890, przystąpić zaraz do doświadczeń na chorych, znajdujących się z gruźlicą skóry na oddziele, których mi Prof. Dr. Zarewicz do rozporządzenia pozostawić raczył, za co serdeczne na tem miejscu składam Mu podziękowanie.

[1]) Deutsche mediz. Wochenschrift. 1897, Nr. 14.

Wedle wskazówek Kocha, użyłem jako pierwszej dawki 1/500 mgr. części stałych w roztworze fizyologicznym soli kuchennej; podwajając później dawkę, dochodziłem do 1/6 mgr., poczem zaledwo o parę 0·01 mgr. postępowałem wyżej. Doszedłszy do dawki 1,0 mgr., wstrzykiwałem ją parę razy, poczem dodawałem po 0,1—0,2 mgr., dochodząc do 2 milgr., a od tej dawki przechodziłem wyżej po $^1/_2$ do 1,0 mgr., podczas gdy z początku rozcieńczałem tuberkulinę roztworem soli kuchennej, później używałem do tego celu 20% roztworu wodnego gliceryny, robiąc świeży roztwór tuberkuliny każdego dnia i sterylizując dokładnie obydwa te płyny. Strzykawkę, leżącą przez pół godz. w 3% roztworze kwasu karbolowego, wymywałem dokładnie bezwodnym wyskokiem, a następnie wodą sterylizowaną. Grzbiet zaś chorych, jako miejsce wstrzykiwań, wymywałem najpierw mydłem i wodą, później eterem, wreszcie wodą wyjałowioną.

Miejscowo nie stósowałem żadnych zabiegów na zmiany liszajowe, a tylko przemywałem od czasu do czasu 3% roztworem kwasu borowego i codziennie opatrywałem czystą wyjałowioną gazą.

Leczenie trwało około 4 miesięcy, w którym to czasie robiłem u chorych najmniej 18 wstrzykiwań, najwięcej 51, przeważnie około 50 i to z początku co drugi dzień, później co trzeci, wreszcie i co kilka dni, nie licząc czasami kilkodniowych przerw, spowodowanych opóźnieniem przesyłki tuberkuliny. W ten sposób doszedłem u przeważnej liczby chorych do dawki 10,0 mgr. części stałych, t. j. 1 cm^3 płynu, u niektórych zaś do 20,0 mgr., jako dawki najwyższej, przez Kocha zalecanej.

Ogólne oddziaływanie chorych na wstrzykiwania tuberkuliny było względnie słabe. Jeżeli przypomnimy sobie gorączkę i inne objawy oddziaływania ustroju tak ogólnego jak i w miejscu zmian, towarzyszących dawnej tuberkulinie, to śmiało rzec można, że o podobnem odczynie przy nowej tuberkulinie (TR), nie ma nawet mowy. Zasady dawkowania tego leku, podane przez Kocha, są tak ogólnikowe, że się trudno, co do dawki, ustrzedz błędu; dlatego też nic dziwnego, że dopiero wśród wstrzykiwań można nabyć pewnego doświadczenia. I w moich więc przypadkach nie mogłem uniknąć gorączki i ogólnego oddziaływania ustroju, chociaż jak się zdaje nie zawsze z braku ostrożności w dawkowaniu lub nieprzestrzeganiu przepisów aseptyki. Zdarzało się bowiem, że dość wybitne oddziaływanie występowało po dawce, która nie była większą niż poprzednia, a którą chorzy znosili bez oddziaływania ogólnego.

W historyach chorób, prawie u wszystkich chorych, zanotowano kilka razy podwyższoną ciepłotę, występującą już w kilka godzin po wstrzykiwaniu i utrzymującą się przez kilka do kilkunastu godzin. Częściej podwyższenie ciepłoty

nie trwało przez noc; trafiało się jednak, że jeszcze dnia następnego gorączkę stwierdzano. Podwyższenie to ciepłoty podnosiło się zwykle w ciągu kilku godzin do 39°—39·5°, a nawet 40°, poczem następowało stopniowe obniżanie się, aż do ciepłoty prawidłowej. U jednych chorych zdarzało się to nader rzadko, zaledwo parę razy przez całe cztery miesiące, tj. przez czas trwania leczenia, u innych nieco częściej chociaż z dawkowaniem u nich byłem nader ostrożnym. Tylko u dwóch chorych gorączka pojawiała się częściej, a to u jednej chorej z wrzodami gruźliczymi u wejścia do pochwy, u drugiej zaś (Nr. 7) obok liszaja żrącego na twarzy, istniał mały nacick w szczycie płuca prawego.

Podwyższeniu ciepłoty towarzyszyły zwykle następujące objawy ogólne: dreszcze, ból a czasem i zawroty głowy, bóle w członkach, ogólne osłabienie i zaburzenie ze strony przewodu pokarmowego, jak upośledzenie łaknienia, odbijania, nudności; do wymiotów jednak nigdy nie przyszło. Objawy te występowały najczęściej w kilka godzin po wstrzykiwaniu, a więc równocześnie z podwyższeniem się ciepłoty i trwały do nocy, rzadko tylko utrzymując się do następnego ranka, poczem pozostawało zaledwo lekkie osłabienie. Mimo to wejrzenie chorych i ich stan ogólny przez ciąg wstrzykiwań nie tylko nie ucierpiał, ale nawet się poprawił.

Same wstrzykiwania znosili chorzy dobrze, czasem odczuwali kilka dni trwający ból po wstrzykiwaniu w mięśniach grzbietu, — nigdy jednak nie spostrzegłem silniejszej bolesności lub ropienia, a u niektórych chorych lekkie tylko zaczerwienienie skóry w miejscu wstrzykiwania. Nie spostrzegałem również w żadnym przypadku pokrzywki lub wogóle jakiejkolwiek wysypki skórnej.

Oddziaływanie w miejscu zmian liszajowych z początku było bardzo nieznaczne; dopiero przy dawce około 0,1 mgr. występowała wokoło nacieków i guzków obwódka czerwona, w parę dni zamieniająca się w brunatną, wreszcie znikająca. Najpierw pokrywały się przyskórkiem owrzodzenia, nacieki zaś, szczególnie w przypadkach postaci przerostowych, zapadały się, przypłaszczały, wreszcie od środka bliznowaciały. Blizny dawne, zaczerwienione i nacieknięte, szybko bladły i stawały się gładkiemi. Guzki stawały się również więcej płaskie, jak gdyby w skórę się zapadały, a w otoczeniu ich promienisto marszczył się przyskórek, przez co guzek stawał się mniejszym. Gruczoły chłonne wprawdzie pomału, ale wyraźnie się zmniejszały.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

W sprawie pielęgnowania noworodków

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński

asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Sprawa postępowania z resztką pępowiny jest kwestyą do dnia dzisiejszego nie załatwioną. Pomimo że korzyści przestrzegania zasad bez— i przeciwgnilnych są bez wyjątku przez wszystkich uznane, ścisłe stósowanie tegoż postępowania wobec resztki pępowiny i rany pępkowej napotyka pewne trudności, a to z powodu, iż właściwa opieka noworodków, a więc i opatrywanie resztki pępowiny, spoczywa najczęściej w rękach osób niedostatecznie obeznanych z postępowaniem przeciw i bezgnilnem. A przecież okolica, w której znajdują się liczne naczynia, będące w bezpośrednim związku z naczyniami jamy brzusznej, jaką jest pierścień i rana pępkowa, wymaga bezsprzecznie postępowania któreby zapobiegło zanieczyszczeniu i zakażeniu. Tymczasem nawet przepisy, które do dnia dzisiejszego obowiązują akuszerki, nie uwzględniają w należyty sposób naszych obecnych pojęć o czystości wobec ran, w znaczeniu chirurgicznem. — Prawdą jest, że u zwierząt nikt nie opatruje resztki pępowiny, a nawet nikt jej nie podwiązuje, jednak każden przyzna, że warunki, w jakich się znajdują, noworodek z jednej strony, a młode zwierzę — z drugiej, — są odmienne; a oprócz tego nie wykazano wcale, aby u zwierząt nie występowało zakażenie rany pępkowej równie często jak u noworodków, a nawet może częściej.

Dość będzie przytoczyć tylko spostrzeżenia Erössa[1]) że w klinice Budapeszteńskiej 43% wszystkich noworodków gorączkowało, 22% zaś niewątpliwie z powodu zakażenia rany pępkowej; nieprawidłowe zaś gojenie się rany pępkowej spostrzegał on w 68% wszystkich przypadków.

Rösing[2]) zaś podał, że w klinice w Halli 21% dzieci gorączkowało, a z tych 6% z powodu zakażenia rany pępkowej. —

Liczby te jednak wcale nie dają nam dokładnego wyobrażenia o częstości zakażenia, gdyż odnoszą się tylko do klinik, w których przepisy czystości są ściśle przestrzegane; nie uwzględniają też one dat statystycznych, odnoszących się do noworodków, urodzonych po za zakładami, a prócz tego i obserwacya noworodków w klinikach trwa tylko przez mniej więcej 8—10-ciu dni, to jest przez czas pobytu matek, względnie położnic, w klinikach; tymczasem wiemy dobrze, że objawy zakażenia wystąpić mogą i występują niewątpliwie w bardzo wielu przypadkach i w późniejszym czasie. W każdym razie przyznać musimy, że liczba zakażeń rany pępkowej, jest bardzo znaczna.

Dotychczasowe, ogólnie stósowane postępowanie z pępowiną polega na podwiązaniu jej tasiemką wązką nicianą w odległości 3—4 ctm. od pierścienia skórnego i przecięciu jej pomiędzy pierwszą i drugą, nieco powyżej założoną tasiemką. Po kąpieli osłanianą bywa resztka pępowiny w czysty płatek płótna, lub, co częściej i jak przepisywała nawet niedawno jeszcze obowiązująca instrukcya dla akuszerek w Królestwie Pruskiem, w płatek płótna napojony oliwą lub tłuszczem; po każdej zaś kąpieli opatrunek taki na nowo bywa zakładany. Jeżeli teraz zastanowimy się, w jaki sposób odbywa się oddzielenie zupełne resztki pępowiny, to musimy przyznać, że takie postępowanie jest nieodpowiednie, a nawet szkodliwe.

Badania Stutza[3]) wykazały, że pępowina nie ma naczyń naczynnych (vasa vasorum), a z chwilą podwiązania pępowiny ustaje krążenie krwi i rozpoczyna się obumieranie które w sprzyjających warunkach odbywa się na sucho,

---

[1]) Eröss. Arhiv. f. Gynäkolog. Bd. XLIII.
[2]) Rösing. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkolog. Bd. XXX.
[3]) Froebelius. Petersburg. med. Wochenschrift. Nr. 9· 1878.
[4]) Stutz Archiv. f. Gynäkolog. Bd. XIII.

czyli następuje usychanie pępowiny, rozpoczynające się od założonej podwiązki i postępujące do pierścienia skórnego pępka. Po zupełnem uschnięciu pępowina, jako ciało obce, wywołuje na granicy pierścienia skórnego proces odczynowy, czyli reakcyjny, skutkiem czego następuje oddzielenie się resztki pępowiny. Proces ten według spostrzeżeń Froebeliusa[4]) nie zależy tyle od właściwości samej pępowiny jak od nasilenia odczynu, który u noworodków silnych i zdrowych jest większy i z tego powodu, według spostrzeżeń Froebeliusa, u silnych i dobrze rozwiniętych noworodków następuje wcześniej oddzielenie się resztki pępowiny.

Ponieważ usychanie rozpoczyna się od założonej podwiązki na pępowinie, przeto w celu przyśpieszenia usychania należałoby zakładać podwiązkę jak najbliżej pierścienia skórnego. Używając jednak tasiemek nicianych, tak jak to obecnie powszechnie się dzieje, nie możemy podwiązywać tuż nad pierścieniem skórnym, z obawy, że, w razie rozluźnienia podwiązki i krwawienia z naczyń pępowinowych, trudno jest tasiemkę zacisnąć silniej na bardzo krótkim odcinku pępowiny, gdyż takowy łatwo się z podwiązki wysuwa; lepsze w tym względzie są podwiązki z grubego jedwabiu, używanego w chirurgii do zakładania podwiązek, szwów itd.

Doświadczenia, które ogłosił Budin[5]), wykazały, że dotychczasowy sposób podwiązywania pępowiny nie jest pewnym, gdyż i po silnem nawet zaciśnięciu tasiemki, już pod miernem ciśnieniem można strzykawką przeprowadzić płyn przez naczynia pępowinowe.

Dlatego polecił do podwiązywania pępowiny elastyczne kauczukowe, około 2 milimetry grube, podwiązki, które za radą Tarniera, w celu zabezpieczenia od usunięcia, poleca okręcać około patyczka, przechodzącego w poprzek pępowiny. Spostrzeżenia te potwierdzili Credé i Weber[6]) w zupełności, zalecając podwiązki kauczukowe, po założeniu których po upływie 36 godzin, nie udało im się przeprowadzić płynu przez naczynia pępowinowe. Podwiązując elastycznym sznureczkiem kauczukowym, możemy założyć podwiązkę tuż nad pierścieniem skórnym i pozostawić resztkę pępowiny tylko 1 do $1^1/_2$ ctm. długą, skutkiem czego prędzej ona może uschnąć i oddzielić się, a następnie krótki ten kawałek łatwiej jest ochronić przed niepotrzebnymi wpływami mechanicznymi, jak pociąganie, okręcanie itd. Słusznie bowiem przestrzega między innymi Ehrendorfer[7]) przed wykonywaniem silnych ruchów pępowiną, gdyż owodna w okolicy pierścienia pępkowego łatwo bardzo pęka, zanim jeszcze resztka pępowiny uschnie i w ten sposób zostaje niejako otwartą bramą gotową do przyjęcia zarazków.

Obok tych posiadają podwiązki kauczukowe jeszcze jedną ważną zaletę, że nie przyciągają wilgoci i nawet w razie nieprawidłowego obumarcia resztki pępowiny, nie mogą przyczyniać się do zatrzymywania wydzieliny.

W celu ułatwienia i przyśpieszenia o ile możności fizyologicznego oddzielenia się resztki pępowiny powinniśmy się dalej starać o ułatwienie mumifikacyi czyli uschnięcia jej, o ile możności nie drażnić jej mechanicznie i zapobiegnąć zakażeniu.

Dlatego, teoretycznie rzecz biorąc, odpowiednim wydaje się być na pozór sposób opatrywania podany przez Dohrna[8]), który, po należytem oczyszczeniu antyseptycznem, radzi zawinąć resztkę pępowiny w suchą watę karbolową i na to wszystko przyłożyć kawałek przylepca w ten sposób, aby dostęp powietrza był uniemożebnionym. Opatrunek taki bez zmiany ma pozostać do 7 dnia, poczem zazwyczaj znajdziemy pępowinę już oddzieloną.

Doświadczenia jednak przekonały, że sposób ten nie daje dobrych wyników i jeżeli tylko dostęp powietrza całkowicie nie zostanie odciętym, występuje bardzo często nie sucha, lecz mokra zgorzel, na co wyraźnie zwrócił uwagę Runge[9]); założenie zaś opatrunku zupełnie szczelnego jest rzeczą trudną i wymaga znacznej wprawy; w praktyce zatem sposób ten przyjąć się nie może.

Podobne postępowanie, stósowane na klinice w Marburgu, opisał Paul[10]). Po krótkiem obcięciu i oczyszczeniu pępowiny, osłania się resztkę jej gazą sterylizowaną, potem warstwą waty, a wreszcie papierem gutaperkowym i ustala napępnikiem. Po 6-ciu dniach opatrunek się zmienia i, w razie potrzeby, stosuje na nowo; oddzielenie pępowiny następowało od 6 do 14 dnia.

Ściśle bezgnilne opatrywanie pępowiny, jak to opisał Grósz[11]); polegające na osłanianiu resztki pępowiny sterylizowanymi płatkami płótna, zmienianymi według potrzeby, nie dało również zadowalniających wyników. Przy podobnym sposobie opatrywania, gdyż opatrunek taki zmieniano tylko co drugi lub trzeci dzień, zauważył Doctor[12]); że 11·88% wszystkich noworodków gorączkowało, a 3·46% z powodu zakażenia pępka. Wszystkie jednak opatrunki, dłuższy czas nie zmieniane, utrudniają proces fizyologiczny, jakim jest usychanie resztki pępowiny, a to z powodu niedostatecznego przystępu powietrza, a następnie usuwają z pod naszej kontroli sprawę oddzielania się pępowiny.

Polecono dalej do opatrywania resztki pępowiny różne roczyny, mające własności przeciwgnilne, jak n. p. roczyn nadmanganczyanu potasowego, a nadto stósowano pędzlowanie pępowiny dość silnymi roczynami dla przyśpieszenia oddzielenia: Schliep[13]) poleca pędzlowanie resztki pępowiny 2% roczynem azotanu srebrowego, dwa razy dziennie, poczem w większej liczbie przypadków pępowina oddzielała się już 3-go lub 4-go dnia. Spostrzeżenia porównawcze różnych sposobów opatrywania pępowiny, ogłoszone między innymi przez Godlewskiego[14]), i Wainsteina[15]), zgodnie wykazały, iż im większe są właściwości higroskopijne jakiego leku, tem więcej zaleca się on do opatrywania pępowiny. Stósowali oni do opatrunków glicerynę, roczyn nadmanganczyanu potasowego, sproszkowany węgiel drzewny, ałun, taninę, gips sproszkowany, a wreszcie gazę jodoformową i watę suchą. Nadto przekonał się Wainstein, że przy stósowaniu opatrunku nie codziennie, lecz zmienianego tylko w razie potrzeby, przyczem noworodki wcale nie były kąpane, pępowina znacznie prędzej usychała i oddzielała się, aniżeli przy codziennem stósowaniu kąpieli.

[5]) Budin. Bull. général de thérapeutique 1880.
[6]) Credé i Weber Archiv. f. Gynäkolog. Bd. XXIII Heft. I.
[7]) Ehrendorfer. Wiener med. Presse Nr. 40—42. 1892.

[8]) Dohrn. Centralblatt f. Gynäkolog. N. 14 - 1880.
[9]) Runge. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkolog. VI. Bd. 1881.
[10]) Paul. Wie ist der Nabelschnurrest der Neugeborenen zu behandeln? Ingang Dissert. Marburg 1894.
[11]) Grósz. Wiener klin. Rundschau N. 19—1895.
[12]) Doctor. Über die Heilung u. Behandlung des Nabels. Archiv f. Gynäkol. Bd. XIV Heft. 3.
[13]) Schliep. Zur Behandlung des Nabels der Neugeborenen Therapeut. Monatshefte. 1895. Juni.
[14]) Godlewski. Przegląd lekarski N. 27 i 28 1891.
[15]) Wainstein. Jurn. akuscherstwa i shenskich boleśnej 1894

Sprawa opatrywania pępowiny jest ściśle związaną z kwestyą stósowania kąpieli u noworodków. Jeżeli bowiem raz wyjdziemy z zasady, że do uzyskania jak najlepszych warunków szybkiego usychania pępowiny i gojenia się rany pępkowej niezbędnem jest suche jej utrzymywanie i postępowanie przeciw lub bezgnilne, to już tem samem uznajemy równoczesne stósowanie kąpieli w tej formie, jak się to obecnie dzieje, za szkodliwe. Jedno lub dwu razowe codzienne moczenie pępowiny lub rany pępkowej w naczyniach i wodzie kąpielowej, nie zawsze czystej, a w każdym razie nie wyjałowionej, nie może być bezwarunkowo obojętnem dla fizyologicznego, prawidłowego usychania i oddzielania się resztki pępowiny, gdyż wtedy zwilżamy na nowo podsychającą pępowinę, a równocześnie pozwalamy na zetknięcie się drobnoustrojów, znajdujących się w wodzie, z raną pępkową. Gdy jedni, z tych właśnie powodów, radzą bezwarunkowo wcale nie kąpać noworodków przed zupełnem zabliźnieniem się pępka, a Cohn [16]), na podstawie swego doświadczenia, zwraca nawet uwagę na częstość i łatwość zakażenia przy stósowaniu kąpieli, to drudzy, jak n. p. Sänger [17]), podnoszą wartość kąpieli, przypisując im znaczenie korzystne na młody organizm, podając jako przykład zwyczaj dawno zakorzeniony, nakazujący noworodki, nie zupełnie rozwinięte, niedonoszone, częściej kąpać, aniżeli silne i zdrowe.

Niektórzy autorowie nawet wprost przyznają, że lepiej jest, ich zdaniem, stósować kąpiele kosztem opatrywania pępowiny, aniżeli dobrze opatrywać pępowinę, a nie kąpać.

Czy kąpiele, stósowane umiejętnie, działają w ogóle korzystnie na noworodków, trudno na razie stanowczo rozstrzygnąć. To jednak jest rzeczą pewną że kąpiele wywołują większą przemianę materyi w ustroju, która i tak u noworodków jest nadzwyczaj żywą.

Celem kąpieli jednak ma być nie podniesienie przemiany materyi, lecz oczyszczanie powierzchni ciała, a to równie dobrze możemy uskutecznić za pomocą zmywania i oczyszczania skóry w razie zanieczyszczenia i w ten sposób możemy niejako zastąpić kąpiel, usuwając jej ujemne działanie. Doświadczenie poucza nas, że noworodki niedonoszone, słabe, należy ułożyć w ciepłem miejscu; a nawet, w celu zmniejszenia utraty ciepła, dobrze jest od czasu do czasu wysmarować skórę oliwą lub innym tłuszczem; wiemy dalej, że po kąpieli powierzchnia ciała jest nadzwyczajnie wrażliwą na wpływy ciepłoty: nie zrozumiałą jest więc rzeczą, w jakim celu, stosując kąpiele u noworodków codziennie, raz lub nawet dwa razy usuwamy systematycznie z powierzchni skóry prawidłową wydzielinę gruczołów łojowych i wystawiamy młody organizm na wielką utratę ciepła, w czasie, zanim noworodek po kąpieli zostanie należycie obsuszonym i ciepło zawiniętym. Że taka utrata cieplika dla ustroju obojętną nie jest, dowodzą prace E. Fischla [18]) i doświadczenia, jakie wykonał Lode [19]) a które wykazują, że skutkiem oziębienia organizm n. p. łatwiej ulega zakażeniu i jest niejako usposobionym do zakażenia się.

Prawdopodobnie wielkich korzyści przez codzienne stósowanie kąpieli u noworodków nie osiągamy, a oddając nadto tak ważny czynnik w ręce osób nie zdających sobie z tego należytej sprawy, narażamy noworodki w większości przypadków na poważne niebezpieczeństwo.

Jeżeli te uwagi wystarczają, aby zwrócić większą baczność na stósowanie kąpieli w ogóle, to zwyczaj codziennego kąpania noworodków w pierwszych dniach życia, praktykowany w zakładach położniczych, uważać musimy wprost za szkodliwy. Pomimo bowiem jak największej uwagi trudno jest dopilnować, aby służba niższa, po wykąpaniu jednego noworodka, oczyściła należycie wrzącą wodą wanienkę, często drewnianą, zanim przygotuje kąpiel dla drugiego; co więcej, trudno zawsze ustrzedz, aby w jednej i tej samej wodzie nie wykąpano czasem dwóch noworodków, powiedzmy prawdę, że w zakładach, przy niedostatecznej liczbie służby, jest to rzeczą nieuniknioną. A czy jest to obojętnem gdy w wanience, niedostatecznie oczyszczonej, w której wykąpał się poprzednio noworodek, u którego np. proces odczynowy w okolicy pępka jest znaczny, a wydzielina obfita, będziemy kąpać drugiego, u którego dopiero pępowina usychać zaczyna, zapewne że nie.

Tem też możnaby po części tłómaczyć epidemiczne występowanie w zakładach u noworodków różnych chorób, jak n. p. nieprawidłowe usychanie lub gnicie pępowiny, zapalenie ropne spojówek oka, pleśniawki i t. d.

Jeżeli kąpiele koniecznie stósować chcemy, to musimy wymagać, aby naczynie, a więc wanienka, używaną była tylko do kąpieli jednego noworodka, a nie, jak to nawet w zamożnych domach prywatnych się dzieje, służyła zarazem do prania pieluch lub ścierek, na zbiornik mydlin i t. d. Następnie, aby woda, użyta do kąpieli, była przedtem przegotowaną, a następnie oziębioną, a wreszcie aby osoba, która ma kąpać noworodka, oczyściła sobie dokładnie ręce, przynajmniej ciepłą wodą, mydłem i szczotką. Ponieważ takie postępowanie jest możliwe do przeprowadzenia tylko w praktyce prywatnej i to wyjątkowo, dla tego, moim zdaniem, bezwarunkowo nie należy z zasady stósować kąpieli u noworodków w pierwszych dniach, aż do zupełnego zabliźnienia się pępka, gdyż tylko wyjątkowo, gdy istnieją wszystkie warunki korzystne, można je bez szkody stósować. Zamiast kąpieli należy raz, lub w razie potrzeby, kilka razy na dzień zmywać ciepłą wodą pośladki, okolicę otworu stolcowego, sromu i uda, a więc części ciała, które ulegają zanieczyszczeniu, a postępowanie takie najzupełniej wystarcza do utrzymania czystości.

W spostrzeżeniach różnych autorów, odnoszących się do sposobu opatrywania pępowiny, szczegół ten należycie uwzględnionym został i większość Schrader [20]), Doctor [21]), Keilmann [22]), Cohn [23]) i t. d. zgodnie radzi nie stósować kąpieli przed oddzieleniem się pępowiny. Sprawy tej jednak nie można tak pośpiesznie załatwić; należy zwrócić uwagę na zachowanie się noworodków niekąpanych i porównać z pozostającymi w takich samych warunkach, lecz u których kąpiele stósowano. I w tym względzie mamy już kilka spostrzeżeń, które wykazują, że noworodki, u których kąpieli nie stósowano, żadnej szkody skutkiem tego nie po-

---

[16]) Cohn. Therapeut. Monatshefte 1896.
[17]) Sänger. Centralblatt f. Gynäkolog. N. 1881.
[18]) E. Fischl. Zeitschrift f. Heilkunde Bd. XXIII Heft 4.
[19]) Lode. Archiv f. Hygiene T. XXVIII Z. 4.

[20]) Schrader. Centralblatt f. Gynäkolog. N. 46 1896.
[21]) Doctor. Archiv f. Gynäkol. Bd. XIL Heft. 3.
[22]) Keilmann. Deutsche med. Wochenschrift N. 22 1895.
[23]) Cohn. Therapeut. Monatshefte. März, April 1896.

nosza; niektórzy nawet jak Keilmann[24]), Doctor[25]), wyraźnie zaznaczają, że noworodki, u których kąpieli nie stósowano, prędzej przybierały na ciężarze, aniżeli te, które kąpano. Zachowanie się zaś ciężaru ciała noworodków jest dla nas nie dwuznaczną wskazówką ogólnego stanu organizmu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyona w Paryżu.

Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego.

Napisał

Dr. Bolesław Motz.

Asystent kliniki

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

W blizkim z temi spostrzeżeniami związku są wyniki kliniczne, które powyżej przedstawiłem; nie przeczą one im bynajmniej, lecz przeciwnie, dopełniają je. Te dane kliniczne wskazują nam rzeczywiście, iż wpływ narządu jądrowego na gruczoł krokowy nie ogranicza się tylko do gruczołów prawidłowych, lecz że istnieje także i w stanie chorobowym i gra dużą rolę w wytwarzaniu przerostu tego gruczołu. W kilku przypadkach zjawisko to występowało nadzwyczaj nie wybitnie, widoczną była różnica pomiędzy płatami gruczołu krokowego u osób, których jądra różniły się wielkością. Oprócz tych spostrzeżeń badanie 120 prostatyków wykazało, iż w większości przypadków rozwój przerostu gruczołu jest w ścisłym związku z wielkością jąder: widzieliśmy, iż częstość występowania przerostu dużego stopnia wzrasta szybko, odpowiednio do wielkości narządów płciowych zewnętrznych.

Wyniki te zgodne są z wynikiem badań histologicznych przerosłych gruczołów krokowych.

Podany przezemnie opis budowy histologicznej przerosłych gruczołów wskazuje w sposób niewątpliwy, że w ogromnej większości są one zbudowane tak samo, jak prawidłowy gruczoł krokowy dorosłego człowieka. Gruczoł przerosły nie jest bynajmniej gruczołem „starczym“, który pod wpływem jakiejś przyczyny zaczął przerastać, i co do budowy histologicznej przedstawiają one różnicę wybitną. W gruczole „starczym“ woreczki gruczołowe są znacznie rozszerzone, nabłonek w nich nizki i często zmętniały, ilość gładkich włókien mięsnych znacznie zmniejszona, tkanka łączna zbita, twarda i barwi się mocno czerwono pikrokarminem. Przeciwnie w przerosłych gruczołach krokowych te składniki histologiczne przedstawiają przeważnie cechy prawidłowe.

Nadzwyczajna częstość przerostu gruczołu krokowego, jego budowa histologiczna i wybitny rozrost jąder w $^3/_4$ przypadków przerostu gruczołu krokowego upoważniają mnie do wniosku, iż rzeczywisty przerost tego gruczołu nie jest niczem innem, jak tylko rozwojem prawidłowym, lecz przedłużonym tego gruczołu, rozwojem, zależnym od większej energii życiowej narządu płciowo-krokowego.

Badając prawidłowy gruczoł krokowy u psów, spotykałem gruczoły ogromne (50—60 grm.), które możnaby było nazwać przerosłymi; należały one do psów, mających wielkie jądra, lecz budowa ich nie różniła się w niczem od budowy prawidłowego gruczołu dorosłego psa. Dlaczego jednak, możnaby zapytać, nie wszyscy starsi mężczyźni, mający duże jądra, są dotknięci przerostem gruczołu krokowego? Sądzę, iż gdyby u wszystkich osób wiekowych narząd płciowo-krokowy był nietknięty, stosunek gruczołów wielkich u starców przekraczałby znacznie liczbę 32% podaną przez Thompsona; lecz należy uwzględnić warunki, ograniczające rozwój prawidłowy gruczołu.

Wiemy obecnie, jaki wywiera wpływ na gruczoł krokowy zniesienie związku pomiędzy nim a jądrami. Jeśli taka kastracya fizyologiczna rzadko tylko sprowadza zanik gruczołu, to ma ona niewątpliwie wpływ szkodliwy na jego siłę żywotną. Desnos, w pracy swej o stanie narządu płciowego u starców, wykazał, iż w połowie przypadków jedno lub oba przyjądrza, a często nawet przewody nasienne, ulegają zarośnięciu samoistnemu.

Zdaje mi się, iż dane te wystarczą do wytłómaczenia, dlaczego nie zawsze znajdujemy wielki gruczoł krokowy u osób, których jądra mają duże rozmiary, lecz oprócz tej przyczyny istnieją jeszcze i inne. Sprawa miażdżycowa w tętnicach gruczołu krokowego upośledza stale jego rozwój; w taki sam sposób działa przewlekłe zapalenie, prowadzące do stwardnienia gruczołu.

Pozostaje jeszcze kilka kwestyj, będących w związku z tą sprawą, których wyjaśnienie jest konieczne. Chciałbym w krótkich słowach powiedzieć o przeroście gruczołu krokowego u osób mających jądra bardzo małe i o nadzwyczajnych rozmiarach niektórych gruczołów przerosłych.

Starałem się udowodnić, iż żywotność narządu jądrowo-krokowego jest najgłówniejszą przyczyną przerostu gruczołu i że o tej żywotności sądzić można do pewnego stopnia według wielkości jąder. Jednakowoż z tej tablicy, którą przedstawiłem powyżej wynika, iż przerost istnieje niekiedy u osób o jądrach bynajmniej nie wielkich. Jakże wytłómaczyć tę sprzeczność? Sądzę, że takie niezwykłe przerosty, zarówno jak i nadzwyczajna wielkość niektórych gruczołów i ich rozmaite odmiany, dadzą się łatwo wytłómaczyć, jeżeli uwzględnimy jeden czynnik, grający ważną rolę w patologii narządu moczowego.

Czynnikiem tym jest przekrwienie, znane dobrze wszystkim, zajmującym się chorobami dróg moczowych. Może ono wyjaśnić nietylko przytoczone fakty, lecz i rzucić pewne światło na sam rozwój prostatyzmu. Jaka jest przyczyna i jaki sposób działania tego przekrwienia? Przekrwienie narządu moczowego u prostatyków stawiamy w zależności od miażdżycy wielkich naczyń tętniczych. Od czasu prac Lobsteina wiemy, iż miażdżyca tętnic nie bywa nigdy cierpieniem ogólnem i że częstość występowania jej w danej tętnicy jest w prostym stosunku do wielkości tego naczynia, a mianowicie tętnice wielkie ulegają jej bardzo często, podczas gdy drobniejsze rzadko. Późniejsze badania Rokitańskiego, Charcota, Branta potwierdziły ogólną słuszność tej zasady; co się zaś tyczy narządów nas obchodzących w tej chwili, to badania Caspera, Bohdanowicza, Ciechanowskiego

[24]) Keilmann. Deutsche med. Wochenschrift N. 22 1895.

[25]) Doctor. Archiv f. Gynakolog. Bd. XLV. Heft. 3.

i moje udowodniły, że *arteriosclerosis* pierwotna zdarza się stosunkowo rzadko. U ludzi, dotkniętych miażdżycą, u których wielkie naczynia utraciły prawidłową sprężystość, krążenie ulega niewątpliwie zmianom. Wszelkie wstrząśnienia, wszelkie zmiany w ciśnieniu, zamiast odbić się na całem rozgałęzieniu naczyniowem, powodują skierowanie prądu krwi do naczyń, których sprężystość jest zachowaną i wywołują przekrwienie miejscowe. Lecz oprócz czynników przypadkowych, mniej lub więcej częstych, ustrój nasz podlega podczas snu zmianom okresowym w krążeniu. W stanie prawidłowym krew z mózgu, odpływając podczas snu do innych narządów, rozdziela się po całym układzie naczyniowym. Według Masso przypływa ona głównie do naczyń obwodowych; lecz jeżeli część z pomiędzy nich straciła swą sprężystość, krew kieruje się do naczyń nieuszkodzonych, bardzo często do narządu moczowego. Na podstawie danych z anatomii patologicznej można przewidzieć z góry następstwa tego zjawiska, powtarzającego się stale.

Wiadomem jest, że przewlekłe przekrwienia są przyczyną naprzód bujania łączno-tkankowego, t. j. marskości mniej lub więcej wybitnej, a w następstwie zaniku pierwiastków histologicznych wyższych do tego narządu. Stan wątroby u osób cierpiących na serce przedstawia najlepszy przykład marskości na tle przekrwienia.

Takie przekrwienia u ludzi, dotkniętych stwardnieniem tętnic, powodują bujanie łączno-tkankowe ogólne, zwane „usposobienie włókniste (diathèse fibroide)", które rozwija się nawet w miejscach, nie mających ani śladu arteriosklerozy miejscowej. Dwie są zatem drogi niszczenia narządów u osób z miażdżycą tętnic: 1) bujanie tkanki włókn. wokoło stwardniałych naczyń i w następstwie zmniejszenie odżywienia narządu, 2) marskość powstała skutkiem przekrwienia, prowadząca do zaniku pierwiastków szlachetniejszych w narządzie. Przyjmując to twierdzenie, łatwo będzie zrozumieć ważny fakt, spostrzegany oddawna przez anatomopatologów, a mianowicie, współistnienie u starców zapalenia nerek śródmiąższowego (nephritis interstitialis) jednocześnie ze stwardnieniem grubszych pni tętniczych.

Jeżeli jednak dla innych narządów brak nam do pewnego stopnia dowodów istnienia takiego przekrwienia miejscowego, to mamy ich aż zanadto dla części dolnej narządu moczowego, i nikt, zdaje się, nie zaprzeczy nadzwyczajnej częstości przekrwień u prostatyków. Prawdopodobnie, początek cierpienia stanowi tylko przekrwienie nocne narządu moczowego wskutek napływu krwi od mózgu ku dołowi, wyrażające się uczuciem potrzeby częstego urynowania. Następstwem takiego stanu, trwającego lata, jest rozwinięcie się marskości dotkniętego narządu.

Jeżeli gruczoł krokowy odznacza się słabą żywotnością w przypadkach, o jakich mówiliśmy wyżej, to nie może reagować na to przerostem prawdziwym, to jest przerostem wszystkich części, wchodzących w skład gruczołu prawidłowego; lecz może uledz przerostowi na tle przekrwienia przewlekłego. Tłómaczenie takie zgadza się zupełnie z wynikami badania chorych. W moich przypadkach klinicznych znalazłem 16 razy przerost gruczołu krokowego u ludzi o jądrach małych, i na te 16 przypadków, w 12 zanotowałem, iż gruczoł był bardzo twardy. Takie samo objaśnienie da się zastósować do przypadków o ogromnym przeroście. Współczesne istnienie prawie stale stwardnienia tętnic obwodowych i wielkiego przerostu gruczołu krokowego stanowi poważną podstawę dla tego tłómaczenia zjawisk.

Nadto wpływ przekrwienia powtarzającego się i przewlekłego pozwala na zrozumienie odmian budowy histologicznej, jakie przedstawia przerosły gruczoł. Następstwem takich przekrwień jest albo marskość lżejszego stopnia, albo zniszczenie pierwiastków mięśniowych i gruczołowych. W takich gruczołach można znaleźć rozmaity stosunek wzajemny tkanek składowych, raz przewagę części nabłonkowych nad podścieliskiem łączno-tkankowem, to znów odwrotnie.

Narządem, który po nerkach cierpi najwięcej wskutek tych przekrwień nocnych, jest pęcherz.

Jak już wspomniałem powyżej, pierwsze objawy przekrwienia w gruczole krokowym wyrażają się tylko częstszą potrzebą oddawania moczu. Według prof. Guyona przyczyną jest tu nie ułożenie na plecach, lecz sam sen. Długotrwałe działanie takiego przekrwienia powoduje jako następstwo konieczne marskość ścian pęcherza, a zatem zwyrodnienie mniej lub więcej wybitne włókien mięsnych.

Na podstawie moich badań sądzę, iż przerost gruczołu krokowego nie jest główną przyczyną objawów klinicznych „prostatyzmu". Z jednej strony mamy prostatyków bez powiększenia gruczołu, z drugiej — w połowie przypadków — przerost gruczołu nie pociąga za sobą żadnych objawów chorobowych. Tem bardziej nie można tłómaczyć zaburzeń pęcherzowych na podstawie samej tylko niedostatecznej sprawności ściany pęcherzowej. U ludzi dotkniętych wiądem rdzenia lub zwężeniem cewki moczowej pęcherz częstokroć nie jest w stanie opróżnić się z moczu, a pomimo to nie występują takie objawy, jak u starców. Zjawisko główne w tem cierpieniu stanowi przekrwienie narządu moczowego, wywołujące z jednej strony potrzebę częstego urynowania, z drugiej zwyrodnienie włókniste mięśnia pęcherzowego.

Przerost gruczołu krokowego stanowi w zaburzeniach czynnościowych u starców przyczynę dodatkową, aczkolwiek nadzwyczaj ważną. Jeżeli obok pęcherza, już osłabionego wskutek zwyrodnienia ściany, powstanie przeszkoda ze strony gruczołu krokowego, niedostateczność czynności pęcherza będzie tem większa i opróżnianie jego tem mniej dokładne. Niema przeto nic dziwnego w tem, że spotykamy tak często przerost gruczołu u ludzi wiekowych, dotkniętych zaburzeniami czynnościowemi w narządzie moczowym.

Z tego wszystkiego wynika, iż p r z e k r w i e n i e n a r z ą d u m o c z o w e g o powstałe w następstwie stwardnienia wielkich tętnic, zbadane poraz pierwszy przez profesora G u y o n a, stanowi czynnik najgłówniejszy w zaburzeniach moczowych u starców. Streszczając wyniki, wyrazić się mogę, że:

1. Przerost prawdziwy gruczołu krokowego przedstawia tylko prawidłowy rozwój gruczołu, zależny przedewszystkiem od żywotności odnośnego narządu.

2. Odmiany anatomiczno-patologiczne tego przerostu, a przedewszystkiem nadzwyczajne rozmiary niektórych gruczołów, dają się wytłómaczyć działaniem przekrwienia narządu moczowego, będącego następstwem stwardnienia wielkich tętnic.

3. Główną przyczyną „prostatyzmu" nie jest *arteriosclerosis* miejscowa w narządzie moczowym, jak opisywał Launois, lecz przekrwienie tego narządu wraz z następowem zwyrodnieniem ściany pęcherzowej.

4. Przeszkoda mechaniczna, wynikająca z przerostu gruczołu, stanowi czynnik drugorzędny, dołączający swój wpływ do pierwotnego osłabienia pęcherza.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Hoche. **O rozpoznawaniu wczesnych okresów bezwładu postępowego.** (Tłóm. Dr. Dydyński — Odczyty kliniczne. Serya IX. Zeszyt 8 str. 22).

Rozpoznanie wczesnych okresów bezwładu postępowego natrafia czasem na wyjątkowe trudności.

Hoche, wyjaśniwszy w długim wstępie, co należy rozumieć przez wczesne rozpoznawanie porażenia postępowego, dotyka sprawy istoty cierpienia i, zaznaczywszy wyraźnie swe własne zapatrywanie, że wiąd i porażenie postępowe są to dwie odrębne postacie chorobowe, posiadające wiele zasadniczych punktów wspólnych i łączące się w pewnych przypadkach u jednych i tych samych osobników, — przechodzi do rozpatrzenia objawów poszczególnych.

Ze względu na ważność i częstość występowania H. zalicza tu przedewszystkiem zaburzenia ze strony źrenic. Przy badaniu tego objawu należy zwrócić baczną uwagę na absolutną odległość, możliwość istnienia zapalenia tęczówki, oraz możliwość wpływu środków rozszerzających źrenicę, a przed badaniem zastosowanych, dalej, wiek i płeć badanego, natężenie światła (oczy w jednakowym stopniu oświetlone). Dokładne zbadanie źrenic jest rzeczą bardzo ważną, gdyż wszystkie, niedawno powstałe, pozornie czynnościowe, neurozy i psychozy u mężczyzn w wieku od 28 — 55 lat powinny wzbudzić podejrzenie porażenia postępowego, jeżeli istnieje zwrotna nieruchomość źrenic, lub niejednakowa szerokość źrenic, przy słabej ich reakcyi.

Dalej szereg wczesnych oznak porażenia postępującego jest zbiorem objawów tabetycznych, a mianowicie: bóle świdrujące, uczucie opasywania, znieczulenia na nogach, zaburzenia żołądkowe, zanik nerwu wzrokowego, przenikające porażenia mięśni ocznych.

Największą wartość rozpoznawczą posiada całkowite zniesienie odruchu kolanowego.

Powodem tego objawu jest przerwa szlaku odruchowego w rdzeniu, co przy porażeniu postępowem zdarza się najczęściej w tylnych korzonkach, lub w tylnych pączkach.

W wielu przypadkach porażenia postępowego zdarza się także wzmożenie odruchów ścięgnistych w kończynach dolnych; w takim razie sprawa patologiczna umiejscawia się najczęściej w bocznych pączkach piramidalnych grzbietowej części rdzenia. W okresie wstępnym cierpienia, częściej zdarza się wzmożenie odruchów, aniżeli zniesienie: — dopiero w okresach późniejszych zmienia się ten stosunek.

Dla sprawy wczesnego rozpoznania choroby posiadają równie ważne znaczenie: napady paralityczne, które w początkowych okresach cierpienia przypominają t. z. *petit mal*: zblednięcia, omdlewania, nagłe zawroty głowy, krótkotrwałe utraty przytomności. Lekkie napady nerwowe zjawiają się niespostrzeżenie w nocy, w czasie snu, — powodują szybko przechodzące niedowłady, zaburzenia w mowie, piśmie, spowodowują uczucie drętwienia w jednej połowie ciała, lub jednej kończynie. Z tymi objawami w związku występują od czasu do czasu silne bóle głowy (Augen migräne). Wszystkie powyższe objawy posiadają znaczenie rozpoznawcze wtedy, jeśli występują poraz pierwszy w wieku średnim, bez widocznej przyczyny, pośród wrzekomego zdrowia.

Objawy podmiotowe: bóle neuralgiczne w okolicy nerwu trójdzielnego i nerwu potylicowego, bóle w kończynach, rozlane bóle głowy, uczucie ucisku głowy, wreszcie brak snu, nabierają wartości rozpoznawczej, jeśli występują równocześnie z innymi objawami porażennemi.

W końcu roztrząsa Hoche objawy psychiczne, które zawsze występują już w okresie wczesnym cierpienia.

Do tych należą: złe samopoczucie, stan przygnębienia, nadmierna drażliwość, objawiająca się w nieznoszeniu hałasu, opozycyi, najdrobniejszych przykrości życia codziennego, dość wczesne i powoli postępujące osłabienie pamięci, upadek uczuć etycznych i estetycznych, a do najważniejszych: osłabienie władz umysłowych, obłęd wielkości, paralityczne stany podniecenia.

Znaczne trudności pod względem rozpoznawczym przedstawia odróżnienie wczesnego okresu porażenia postępowego od neurastenii i od rozmaitych stanów, towarzyszących przewłocznemu alkoholizmowi, np. od t. z. *pseudoparalysis alcoholica*.

Uwagami o znaczeniu wczesnego rozpoznania rozpoczynającej się choroby zamyka Hoche swą zajmującą i pouczającą pracę. *Dr. Z. W.*

V. Wyciągi.

Prof. Dittrich. **Przypadek zakrwawienia się noworodka z podwiązanej pępowiny. Wykluczenie rozmyślnego zaniedbania pomocy potrzebnej przy porodzie, na podstawie badania przedmiotowego.** (*Prager medicinische Wochenschrift* Nr. 43, 44 r. XXII). Autor opisuje przypadek, w którym dziecko zakrwawiło się, mimo podwiązania pępowiny, co prawda przez osobę niedoświadczoną i w sposób niewystarczający. Oto krótki przebieg przypadku:

Wieloródka, ciężarna po raz trzeci, w drodze do kliniki, dokąd jechała ze wsi dla odbycia porodu, rodzi dziecko niedonoszone (2110 gr. wagi). Towarzyszka podróży, z zawodu sługa również jak i rodząca, podwiązuje koniec pępowiny bliższy dziecka tasiemką, jaką miała pod ręką, okręcając takową kilkakrotnie koło pępowiny, koniec zaś pępowiny, bliższy łożyska, pozostawia niepodwiązany. Po przybyciu do kliniki badanie wykazało, że noworodek jest umierający i że pępowina była tylko luźnie podwiązaną. Wkrótce noworodek umarł, a sekcya sądowo-lekarska wykazała śmierć z zakrwawienia. Innych źródeł krwotoku nie znaleziono. Długość resztki pępowiny przy pępku wynosiła 9 cm. Jako źródło krwotoku zatem przyjęto naczynia pępowiny, niedostatecznie zaciśnięte podwiązką. Co się tyczy znaczenia sądowo-lekarskiego przypadku Dittricha, to autor jako rzeczoznawca, uważa za niewinną tak matkę, która udawała się do kliniki, ażeby tamże szukać opieki dla siebie i dziecka, nie mogła zatem pragnąć jego śmierci, jak również jej towarzyszkę podróży, która również nie chciała dziecku szkodzić, owszem ratowała je jak umiała, a jeżeli pępowinę podwiązała nieumiejętnie i za słabo, to tylko skutkiem niewiadomości, jak świadczy o tem i ta okoliczność, że koniec pępowiny bliższy łożyska pozostawiła całkiem nie podwiązany, czegoby prawdopodobnie nie uczyniła gdyby była obznajomioną z tego rodzaju czynnością.

W artykule tym nie wspomina autor o doświadczeniach, wykonanych przez Budina, Webera i Credego, które wykazały, że i po podwiązaniu pępowiny *lege artis* tasiemką nicianą, naczynia pępowiny nie zawsze są dostatecznie zaciśnięte. (Przypisek sprawozdawcy).

Piotrowski.

Barlow (Monachium): **Leczenie ostrej rzeżączki protargolem wraz z omówieniem leczenia irygacyjnego świeżej rzeżączki.** (*Münch. med. Woch.* 1897. Nr. 45 i 46). B. potwierdza korzystne wyniki Neissera (Dermat. Centrbl. 1897. Nr. 1), otrzymane zapomocą tego nowego przetworu srebrowego. Wstrzykiwanie należy rozpocząć jak najwcześniej po stwierdzeniu gonokoków. Robi się je 3 razy dziennie: dwa pierwsze po 5 minut, trzecie przez 30 minut, przyczem płyn zmienia się co 5—10 min.

Używa się przytem roczczynu co raz silniejszego od 0.25—0.50—1.00%. Dwa pierwsze wstrzykiwania można następnie zastąpić środkami ściągającymi. Gonokoki szybko znikają z wydzieliny, mimo to leczenia nie należy przerwać zawcześnie, gdyż w przeciwnym razie mogą nastąpić niemiłe niespodzianki.

Metoda Janeta, polegająca na wstrzykiwaniu pod parciem 1.5—2.0 metrów za pomocą irygatora do cewki i pęcherza rozczynu nadmanganezianu potasowego, niema żadnych zalet przed zwyczajnem wstrzykiwaniem i jest zupełnie zbyteczną, dopóki zajętą jest tylko przednia część cewki. Inaczej rzecz się ma przy równoczesnem zajęciu części tylnej. Zastósowanie irygatora w celu zadziałania na tę część cewki i na pęcherz jest dla chorego przyjemniejsze i bezpieczniejsze od wprowadzenia do cewki różnych polecanych w tym samym celu przyrządów. Przytem zwłaszcza przy leczeniu poliklinicznem, jest to sposób najtańszy, gdyż jednym przyrządem (z kilkoma oliwkami szklanemi różnej wielkości przechowywanemi w sublimacie) mogą być leczeni bez niebezpieczeństwa przeniesienia zakażenia liczni chorzy. Do płókań tych używa autor rozczynu protargolu $^1/_4$—$^1/_2$%. Podrażnienie jest tu bardzo małem, a przy rozczynach 1 : 2000 i 1 : 1000, które są także bardzo skuteczne, nie ma żadnego.

Jeszcze odpowiedniejszem, mianowicie przy leczeniu w domu, mogłoby być zastósowanie w podobnym celu jak irygatora, większej strzykawki; jednak trudno jest bardzo chorych wyuczyć odpowiedniego jej używania, zwłaszcza w okresie ostrym. Udaje się to zaś często po stósowaniu przez jakiś czas irygatora. *Lewkowicz.*

Künne (Elberfeld): **Chloran potasowy.** *(Berl. klin. Woch.* 1897 Nr. 46). W n. 27. 1897. *Berl. klin. Woch.* opisał Jacob przypadek otrucia po spożyciu 25.0 chloranu potasowego i na tej podstawie przestrzegał przed używaniem nawet małych dawek tego leku, bo chociaż nie sprowadzają one śmierci, to łatwo mogą wywołać krwotoczne zapalenie nerek.

Otóż autor protestuje przeciw temu wnioskowaniu, a obawy podobne nazywa przesądem, gdyż nie opierają się one na żadnych ściślejszych spostrzeżeniach. Przeciwnie, z dwudziestoletniej praktyki autora, wśród której stosował on chloran potasowy w dużych dawkach, w przeszło tysiącu przypadków rozmaitych zapaleń gardła, błonicy, zgorzeli płoniczej, wynika, że środek ten w dawkach stósownych jest zupełnie nietrującym. Autor spostrzegał tylko jedyny raz objawy zatrucia (żółtaczka, niebieskawe zabarwienie gałek ocznych i skroni, śpiączka, ślad białka i krwi w moczu) u dziecka 3-letniego, któremu rodzice, wbrew przepisowi i ze zbytniej gorliwości, podali aż *12.5* w ciągu doby.

Autor każe zażywać i to tak dzieciom jak dorosłym w przypadkach lżejszych 2% roczczyn 6 razy dziennie po łyżce stołowej; w przypadkach cięższych 4% roczczyn co godzinę dniem i nocą tak jednak, aby dawka na dobę nie wynosiła więcej, jak *8.0.* Dorośli płuczą gardło przed połknięciem. Lekki białkomocz, tak częsty przy błonicy, nie stanowi przeciwskazania. Środek działa tylko na części, z któremi się przy połykaniu bezpośrednio styka, jest zatem bezskuteczny w błonicy nosa i krtani. *L.*

Hofbauer. **Przyczynek do fizyologii połogu.** *(Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. V. Ergänzungsheft).* Skąpa literatura w sprawie zachowywania się składników krwi u kobiety ciężarnej, podczas porodu i w połogu zachęciła autora do powyższej pracy. H. przedsięwziął obliczenia ilości ciałek białych u 22-ch kobiet brzemiennych, w rozmaitych okresach porodu i połogu. Pomiędzy rodzącemi było 16 pierwiastek, a 6 wieloródek; porody przeważnie prawidłowe, jeden kleszczowy, w trzech przypadkach przeciąganie się drugiego okresu. Z liczby ciałek białych autor nakreślił krzywe, które wykazują, że w przebiegu porodu liczba ciałek stopniowo się zwiększa, dochodzi do *maximum* w trzecim okresie — po urodzeniu się dziecka, poczem zwolna opada. — U pierwiastek i przy przeciąganiu się drugiego okresu porodowego ilość leukocytów zwiększa się prawie w dwójnasób i krzywa wstępuje stromiej, aniżeli u wieloródek i podczas porodu prawidłowo przebiegającego. W 10—12 godzin po osiągnięciu szczytu krzywa spada do *minimum* i dopiero 2-go lub trzeciego dnia podnosi się powtórnie, równocześnie z przybywaniem pokarmu do piersi. Następnego dnia opada już do normy i pozostaje nadal na tej wysokości. Dla wyjaśnienia przyczyny leukocytozy podczas porodu, przyjmuje H. tłómaczenie Schulza, że wskutek fizycznej pracy ciśnienie w jamie brzusznej się zwiększa, skutkiem tego żyły ulegają uciśnięciu, a to wpływa na przyspieszenie krążenia krwi i zwiększony ruch leukocytów w krążącej krwi. Drugie podwyższenie ilości ciałek białych w czasie przypływania pokarmu, tłómaczy autor miejscowemi zmianami w samych gruczołach mlecznych. *Ww.*

Gelpke: **Kilka uwag o rozmiękczeniu kości u dorosłych (osteomalacia).** *(Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. V. Ergänzungsheft).* G. rozstrząsa w swej pracy kilka ważnych kwestyj, dotyczących tej choroby, mianowicie sprawę końcowego skutku wytrzebienia, wpływ leczniczy chloroformu i fosforu, wreszcie kwestyę istoty choroby i stosunku rozmiękczenia połogowego do niepołogowego.

W dziewięciu przypadkach wytrzebienia (między temi 3 cięcia cesarskie met. Porro) G. miał bardzo dobre wyniki; w jednym z nich tylko później stan się nieco pogorszył, wogóle jednak uważa autor ten środek za najlepszy, gdyż zapomocą niego zdołamy przeszło 70% wszystkich przypadków uleczyć. Działaniu chloroformu przy operacyi odmawia autor wszelkiego wpływu, przypisując go jedynie tylko przedwczesnemu ustaniu regularności (climax anticipandum), pod wpływem wytrzebienia. Również i fosfor nie oddał autorowi takich usług, o jakich inni autorowie piszą i można się bez niego prawie zawsze obejść. G. zwraca uwagę na tę okoliczność, że czasami, prócz kości ulegają rozpulchnieniu i rozmiękczeniu także części miękkie miednicy; z drugiej strony niektórzy autorowie podnoszą ten fakt, że w ciąży istnieje rodzaj rozmiękczenia kości miednicy w granicach fizyologicznych, analogicznie do równoczesnego rozpulchnienia części miękkich. Ten stan fizyologicznego rozmiękczenia kości w ciąży uważa G. za punkt wyjścia osteomalacyi, skoro granice fizyologiczne zostaną przekroczone, a wpływ trzebienia polega na zmniejszeniu się ilości krwi, zarastaniu naczyń krwionośnych, następowem kurczeniu się i twardnieniu części miękkich, jakoteż i kości, jak to zazwyczaj ma miejsce w zakresie narządów miednicy przy prawidłowem ustaniu regularności w późniejszym wieku. *Ww.*

Cohn: **Doświadczenia lecznicze z urotropiną.** (*Berl. klin. Woch.*, 1897, Nr. 42). Urotropina, heksametylentetramina, powstaje z aldehydu mrówkowego i amoniaku. Już Nicolaier zwrócił uwagę, że mocz wydzielony po podaniu tego środka (3.0—6,0 dziennie) nie ulega rozkładowi nawet po dodaniu do niego kilku kropli moczu kisnącego; a w stosunkach chorobowych mocze, które zawierały znaczne ilości osadu złożonego z kw. moczowego i moczanów, stają się czyste. Urotropina bardzo szybko przechodzi do moczu, gdzie może być wykazaną wodą bromową (osad pomarańczowy) i szybko z moczu znika. Nie wywołuje ona żadnych niekorzystnych skutków ubocznych; po dłuższem zażywaniu mogą się jednak pojawić przypadłości żołądkowe, a wtedy należy środek odstawić.

Autor podawał ją w dawkach 0,5 w proszku 3 razy dziennie. W przypadkach zapalenia pęcherza na tle przerostu gruczołu krokowego skutek był uderzający: mocz szybko się wyjaśniał, oddziaływanie stawało się kwaśnem, a ilość ciałek ropy mniejszą. Skutek jednak nie był trwałym, wogóle środek działał tak długo, jak długo był podawany, względnie, jak długo można go było wykazać w moczu. Widocznie nie zabija on w moczu pasorzytów, tylko powstrzymuje ich rozwój i rozmnażanie się.

Trwałe wyniki osiągnął autor u kobiet w kilku przypadkach zapaleń pęcherza z przyczyny nieznanej.

Przy zajęciu gruźliczem pęcherza, i przy zapaleniu ostrem rzeżączkowem nie było skutku żadnego.

Lewkowicz.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Chelidoninę, alkaloid z jaskółczego ziela (Chelidonium majus), polecany jako środek kojący bóle i mający zastąpić morfinę, stosował H. Guth („Therapeutische Monatshefte", 10, 1897) w dawce 0·10—0·30 w przypadkach raka żołądka, wiądu rdzenia, rozmiękczenia kości itd. i przekonał się, że środek ten ani niekoi bólów, ani niesprowadza snu, natomiast łatwo powoduje przykry dla chorego ślinotok, a nawet wymioty. Na podstawie swych doświadczeń odmawia G. chelidoninie wszelkiej wartości leczniczej. R.

Wright zaleca w białkomoczu podczas ciąży stósowanie środków czyszczących bez przerwy, aż do chwili rozpoczęcia porodu. Autor rozpoczyna leczenie od podawania 15,0—30,0 grm. soli gorzkiej i bezpośrednio potem obfitej lewatywy; następnie 2—3 razy co godzinę po 8,0—15,0 grm. tego samego środka. Po wywołaniu obfitego wypróżnienia przez kilka dni następnych, stosuje W. ten sam środek w mniejszych dawkach, by otrzymać 4 wypróżnienia dziennie, później zaś tylko dwa stolce płynne na dzień i to tak aż do rozpoczęcia się porodu. W. posługuje się następującą formułką:

Magnes. sulfur. 60,0
Acid. tartar. 10,0
Tinct. cardamom. comp. 8,0
Aquae dest. 42,0

MDs. 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy w letniej wodzie zażyć.

Autor nie jest zwolennikiem dyety mlecznej, którą chore niechętnie znoszą; przeciwnie dozwala jeść ryby, białe mięso, masło, chleb czerstwy, owoce, a pić mleka, ile chore pragną. Pod wpływem tej dyety i powyższego leczenia białkomocz się zmniejsza i unika się wystąpienia drgawek porodowych. („La Semaine médicale" 1897, Nr. 51). Ww.

Prof. Dr. A. Neisser w Wrocławiu używa w rzeżączce nowego połączenia srebra z istotami proteinowemi, nazwanego protargolem, i to w rozcieńczeniu od 0.25—0,50—1.0 na 100,0, wstrzykując 3 razy dziennie i zalecając zatrzymywać w cewce przez pierwsze dwa razy przez 5 minut, a ostatni raz w końcu dnia 30 minut. Leczenie rozciąga się zwykle na 3—4 tygodni. Po kilku dniach zaś można się zadowolnić tylko jednem takiem przedłużonem wstrzykiwaniem („Derm. Centrbl"., 1897, Z. 1). F. K.

Dr. Sack (Heidelberg): Dalsze doświadczenia z ichtyalbiną. Dobrze w praktyce znany ichtyol zastępuje autor ichtyalbiną. Głównym składnikiem ichtyolu jest kwas siarko-ichtyolowy, którego sole wprowadzono w handel; zawiera on dużą ilość siarki. Ichtyalbina zaś jest połączeniem ichtyolu z białkiem, jednak bez swoistego oleju, o nieprzyjemnej woni; jest więc przetworem, mającym postać brunatnego proszku, bez smaku i zapachu, rozkładającym się w alkalicznym soku jelitowym na ichtyol i białko. Własności lecznicze posiada w tym samym stopniu, co ichtyol, szczególnie zaś w dermatologii, jako środek przeciwzapalny i zwężający naczynia. Wewnętrznie użyty, oprócz powyższego działania, reguluje ruch jelit, pobudza łaknienie i podnosi odżywienie. Wewnętrznie podawany, ma zastósowanie i w chorobach skórnych, jak w rozszerzeniu naczyń włosowatych, w sprawach zastoinowych skóry (wypryskach), w chorobach skórnych, wikłających cierpienia przewodu pokarmowego (pokrzywka, świerzbiączka, lichen strophulus), wreszcie, gdy istnieje złe odżywienie, a więc w gruźlicy skóry, kile i t. d. Ichtyalbina więc jest godnym zastępcą ichtyolu, a przewyższa go tem, że chorzy bardzo dobrze go znoszą. (Monatsh. f. prakt. Derm." 1897).

O. Rosenthal leczy trądzik (acne rosacea) zapomocą ciepłej wody, i to w ten sposób, że obok ciepłych obmywań miejsc chorych, zaleca częściowe kąpiele ciepłe, wychodząc z zasady, że one, często używane, przez rozszerzanie naczyń krwionośnych w różnych częściach ciała, zmniejszają napływ krwi do części chorych. Stosuje więc kilka razy dziennie kąpiele ciepłe (37°—40°) na kończyny górne, dolne i nasiady, przez 10—15—20 min. Działanie kąpieli udowadnia znikaniem uderzeń krwi do głowy u kobiet w wieku przejściowym i brakiem ziębnięcia nóg u osób niedokrewnych, po przejściu tego leczenia. Metodę tę naturalnie wspierać muszą środki dyetetyczne i leczenie istniejących często chorób przyczynowych. („D. med. Woch.", 1897, 42). F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie z d. 30 listopada 1897 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 8. Jak gość Prof. Trochanowski.

1. Na podstawie wniosku Prof. Dra Łazarskiego uznano, że benzyna do celów farmaceutycznych, wyrabiana w rafineryi Adama br. Skrzyńskiego w Libuszy jest produktem zupełnie dobrym, nieustępującym w niczem takimże produktom zagranicznym i że zasługuje na polecenie. Benzyna ta ulatnia się zupełnie bez pozostawienia śladów, ma c. g. 0·715, wrze w ciepłocie 78·5 C, rozpuszcza się w 90·0 wyskoku w 5 częściach zupełnie, a z mięszaniną kwasu siarkowego i azotowego nie zmienia się. (Wniosek ten Towarz. Lekar. Krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 1. 12. 1897).

2. Przyjęto do wiadomości starania, jakie poczynił Sekretarz komisyi w celu zachęcenia producentów środków leczniczych, dyetetycznych i higienicznych, przez Tow. Lek. Krak. poleconych, do wzięcia udziału czynnego w Wystawie jubileuszowej Najjaśniejszego Pana mającej się odbyć w roku 1898 w Wiedniu.

3. Uchwalono w porozumieniu z Tow Lek. Krak. zająć się współudziałem w Wystawie lekarskiej, jeżeli takowa przyjdzie do skutku podczas Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu.

4. Naocznie stwierdzono, że pastylki sublimatowe wyrobu mag. farm. M. Zahradnika, wzięte niespodzianie z jednej z aptek krakowskich, odznaczają się wzorowem i starannem opakowaniem.

5. Prof. Trochanowski przedstawił wynik rozbioru chemicznego trzech zdrojów z Krościenka, będących własnością P. Dziewólskiego. Są to szczawy słono alkaliczne ze znaczną ilością wolnego bezwodnika węglowego, a ilością ciał stałych między 7·8 a 10%. Na wniosek referentów Prof. Dra Olszewskiego i Prof. Dra Jaworskiego uchwalono wstrzymać się od bliższego ocenienia wartości leczniczej tych zdrojów, dopóki Komisya nie przekona się o należytym sposobie napełniania tą wodą zdrojową flaszek i nie porozumie się z właścicielem co do odpowiedniego ocembrowania zdrojów.

6. Prof Trochanowski podał do wiadomości całkowity ilościowy skład zdroju Karola w Wysowej według świeżego przez siebie dokonanego rozbioru chemicznego. Zdaniem referenta Prof. Dra Olszewskiego i Prof. Dra Jaworskiego zdrój ten jest słabą szczawą alkaliczno-słoną, zawierającą bardzo znaczną ilość dwuwęglanu żelaza, wobec miernej ilości wolnego kwasu węglowego, zbliżoną do innych zdrojów wysowskich, a najwięcej do zdroju Rudolfa, wobec czego zdrój Karola będzie miał to samo zastósowanie i te same zalety lecznicze, co i inne dotąd używane zdroje wysowskie.

Dr. Michał Śliwiński,
Sekretarz Kom. przem. lek.

Sekcya Zakopańska Tow. lek. gal.

II. posiedzenie dnia 23 października 1897 r.

Przewodniczący: kol. W. Piasecki. Członków obecnych 7, gość 1.

1) Protokół z I. posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Janiszewski zdaje sprawę ze swych usiłowań zbierania statystyki leczniczej, tyczącej się skuteczności klimatu Zakopańskiego w leczeniu rozmaitych chorób, przedstawiając odpowiednie szemata.

Lekarze w Zakopanem obowiązują się zbierać materyał dla statystyki chorób narządu oddechowego, krążenia, trawienia i nerwowego, a subkomitet, wybrany poprzednio, ma zużytkowywać ten materyał. Podane szemata statystyczne przyjęto.

3) Kol. Florkiewicz wygłosił rzecz pod tyt.: „Powietrze górskie, jako czynnik leczniczy błednicy". W zajmującym odczycie zachęcał prelegent przedewszystkiem do robienia klinicznych badań składu krwi i t. d. chorych na błednicę W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll. Tyszkiewicz, Janiszewski, Kochnowski, Piasecki (syn) i Hawranek.

4) Kol. Janiszewski demonstrował metodę Gerberowską oznaczania ilości tłuszczu w mleku.

Sekretarz: *Dr. Hawranek.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Listy z Ameryki.

V.

Chicago w Listopadzie.

Chcąc dać czytelnikom *Przegl. lek.* pogląd na stosunki materyalne lekarzy amerykańskich, muszę ich uprzedzić kilku ogólniejszemi uwagami, odnoszącemi się do tutejszego systemu monetarnego. Jednostką monety w Stanach Zjednoczonych jest dolar. W czasie obecnym, t. j. przy systemie waluty złotej, równa się on pięciu koronom w. a. i kurs ten nie zmieni się do r. 1900, t. j. tak długo, dopóki Stanami Zjednoczonymi rządzi Mackinley; po nim najprawdopodobniej uchwaloną zostanie waluta srebrna lub bimetalizm w stosunku takim, że 1 uncya złota ma równać się 16 uncyom srebra, a w takim razie srebrny dolar straci 50% na wartości, i za granicą wynosić będzie $2^1/_2$ korony: dotknie to szczególnie nas, wychodźców, wiecznie marzących o powrocie do ojczyzny, oczywiście po złożeniu funduszu, ubezpieczającego byt na resztę życia.

Jakże się powodzi materyalnie lekarzom w Ameryce? Odpowiedź na to pytanie może być tylko względna: ażeby wyżyć skromnie z rodziną w Chicago, trzeba zarobić miesięcznie 120 dolarów = 600 koron, kawalerowi wystarczy 70 — 80 dolarów; kwotą tą pokrywa się tylko wydatki na niezbędne życia potrzeby. Koszta utrzymania na prowincyi są prawie takie same: może będzie nieco niższy czynsz za mieszkanie, ale za to wszelkie inne potrzeby życia nie są wcale tańsze, a często droższe. Honoraryum lekarza — oczywiście przeciętnie — wynosi: zwykła wizyta u chorego dolara (5 koron), wizyta w godzinie ordynacyjnej u lekarza 1 koronę; wizytą zwykłą nazywam zbadanie chorego i zapisanie recepty, bez żadnych dodatkowych badań i rozbiorów; lekarz, który wyrobi sobie wzięcie i rozgłos, wymaga zazwyczaj wynagrodzenia dodatkowego za zbadanie np. ginekologiczne, rozbiór moczu i t. d. Za badanie ginekologiczne bierze się od $1^1/_2$ do 5 koron i wyżej. Od chorego kiłowego przyjęto tu pobierać zapłatę podwójną. Za rozwiązanie rodzącej płaca jest zmienna, zależnie od wziętości lekarza i zamożności chorej: średnio za połóg prawidłowy żąda się 10 dolarów; za wykonanie obrotu lub założenie kleszczy — 15 dolarów, — przyczem w domach zamożniejszych, dolicza się czas, spędzony u położnicy. Za tę zapłatę obowiązany jest lekarz odwiedzać chorą aż do chwili, w której nastaje wszelka pewność, że zakażenie połogowe już wystąpić nie może. Cena za rękoczyny chirurgiczne jest zależną od ważności operacyi i zamożności chorego; nie istnieją operacye, opłacane poniżej dolara. Tak się rzeczy przedstawiają z lekarzem niespecyalistą.

Specyaliści i lekarze głośni mają wcale odmienną taksę: w domu u siebie specyalista pobiera 10 koron: mniej biorącego nikt za specyalistę nie uzna. Profesorowie kolegiów, cieszących się dobrą sławą, trzymają się zwykle taksy uchwalonej przez Towarzystwo, do którego należą. Taksa ta n. p. dla ginekologów jest mniej więcej następująca:

Pierwsza wizyta w domu chorej 10 — 25 dolarów, wizyta ambulatoryjna u lekarza 5 — 10 dolarów. zeszycie międzykrocza 200 dolarów, wyłyżeczkowanie macicy 100 dolarów, laparotomia 500 — 1000 dolarów; rzecz prosta, że prócz dwóch pierwszych cen, inne ulegają wahaniu się w jednym lub drugim kierunku. Za połóg prawidłowy pobiera specyalista 50 — 200 dolarów, konsultacya w mieszkaniu położnicy 100 — 300 dolarów, za obrót 100 — 200 dolarów, za cięcie cesarskie 500 — 1000 dolarów i t. d.

Taksa Towarzystwa „Chicago medical society“ dla wszystkich specyalistów i niespecyalistów jest następująca: Wizyta w godzinie ordynacyjnej u lekarza 2 — 5 dolarów, za dokładniejsze zbadanie, jeśli tego wymaga stan chorego 5 — 25 dolarów; takie same zbadanie i leczenie w domu chorego 5—35 dolarów. Wizyty nocne (od 10 do 6 rano) płacą się podwójnie. Za świadczenie w sądzie 100 — 200 dolarów; operacye ważne i trudne opłacają się po 1000 dol. i wyżej. Jeden ze znanych mi profesorów, specyalista do chorób żołądka, za każde zbadanie mikroskopijne i chemiczne cierpienia żołądkowego, pobiera 50 dol.; oczywiście ubożsi, a zwłaszcza nasz lud wychodźczy, u niego porady nie szuka; chociaż naliczyłem 2 czy 3 przypadki, że nasi górale udawali się do tego specyalisty dróg trawiennych i zapłacili po 50 dolarów. Zazwyczaj do takiego specyalisty udają się chorzy w towarzystwie lekarza domowego, któremu specyalista wyjaśnia swoje zapatrywanie na rozpoznanie i leczenie; jeśli w ciągu leczenia lekarz domowy udaje się do tegosamego specyalisty o jakie wyjaśnienie, to ta powtórna narada uważa się za przysługę koleżeńską, a więc jest bezpłatną. W szpitalach i klinikach profesorowie ordynują bezpłatnie, z wyjątkiem chorych, będących pacyentami prywatnymi; również nie płaci się lekarzowi za operacyę na stole klinicznym. W domach zdrowia, rzecz prosta, chorzy płacą według umowy.

Prawne stosunki chorego i domowego lekarza do kliniki, są w Stanach Zjednoczonych odmienne, niż u nas. Jeśli lekarz domowy objawi chęć, a chory zgodzi się, to chory taki umieszczony w szpitalu, będzie nie tylko operowany, lecz i następnie doglądany i leczony przez swego domowego lekarza, przyczem lekarze szpitalni służą tylko radą, i tylko w razie nagłej potrzeby, pomocą. Profesor rozciąga swój dozór nad chorym i jego leczeniem, lecz lekarz domowy jest jedynym ordynaryuszem chorego i, jeśli zajdzie jaki przypadek, zakład telefonicznie sprowadza lekarza domowego. Gdy profesor chce zbadać chorego, to umawia się z lekarzem domowym dla wspólnego wyegzaminowania i naradzenia się. Jeśli lekarz domowy dla jakichkolwiek powodów nie może zająć się chorym, to umawia się z lekarzami szpitalnymi, którym pod opiekę chorego oddaje. Zwyczaj ten jest przyjęty w Chicago tylko w tych szpitalach, w których się płaci za utrzymanie chorego. W szpitalach bezpłatnych: powiatowym i miejskim, rola lekarza domowego ogranicza się tylko do odwiedzin, które są mu dozwolone o każdej porze, z wyjątkiem „wardy“, t. j. oddziału chorób zakaźnych.

Godzi się teraz zapytać, która gałąź medycyny najwięcej popłaca w Stanach Zjednoczonych? tak tu, jak i w „starym kraju“ najwięcej popłaca chirurgia: dodać tu jednak należy, że chirurdzy amerykańscy są mniej konserwatywni, więcej pochopni do noża i w istocie więcej operują, bo więcej im wolno i dlatego każdy przeciętny lekarz bierze się do operacyi. Po chirurgu idzie specyalista ginekolog i położnik, jeśli jest wyćwiczony w operacyach położniczych. Brak tu specyalistów do chorób przewodu pokarmowego; nie mniej dobre stanowisko może sobie wyrobić pedyatra. Inne specyalności również popłacają, ale trzeba być bardzo biegłym w swym zawodzie, aby współubieganie się mogło uwieńczyć się zwycięstwem.

Dr. Sieminowicz.

IX. Zjazd higienistów niemieckich odbyty w Karlsruhe od 14 do 17 listopada b. r.

Zestawił

Dr. J. Buszek,

fizyk m. Krakowa.

(Ciąg dalszy).

Drugim przedmiotem rozpraw był temat: Korzyści i szkody oddzielnego odprowadzania wód meteorycznych w miastach skanalizowanych.

Sprawozdawcami byli: Prof. Dr. Gärtner i Radca budow. Herzberg. Dla wywodów swoich przedstawili następujące wnioski:

1) Odprowadzanie nieczystości kloacznych i wód nie odpowiada obecnie w większej części miast wymaganiom, jakie ze stanowiska higienicznego stawiać się musi.

2) Kanalizacya spławna jest zupełnie w stanie odprowadzać nieczystości i wody meteoryczne z miast; tymczasem stanowcze usuwanie odprowadzanych mas, osobliwie podczas mocnej ulewy, przedstawia pokaźne trudności. Oprócz tego zupełnie przeprowadzony system odprowadzania wód deszczowych i gospodarczych jest tak w założeniu, jak i prowadzeniu zwyczajnie za kosztowny dla średnich i małych miast.

3) Wprowadzaniu wód deszczowych z ulic i dachów w otwarte strumienie nie sprzeciwiają się wogóle zasady higieniczne.

4) Zaprowadzenie systemu rozdzielania, to jest oddzielne odprowadzanie wód meteorycznych i obojętnych z fabryk z jednej strony, do czego czasami nawet porządne nadziemne odprowadzanie może wystarczyć, z drugiej strony nieczystości kloacznych, wód gospodarczych i rozmaitych wód fabrycznych, okazuje się w większej części miast, w stosunku do obecnego stanu, stanowczo postępowem.

5) System rozdzielania, w porównaniu z obecnym systemem wspólnym, jest o tyle niekorzystnym, że w czasie ulewy odprowadza wszelkie nieczystości z ulic do rzek, podczas gdy system wspólny w czasie ulewy tylko część nieczystości ulicznych oddaje przez okna kanałowe, w tym przypadku jednakowoż pomięszane z wodami gospodarczemi i nieczystościami kloacznemi. Ostatnia strona ujemna może wśród pewnych okoliczności okazać się szkodliwszą aniżeli pierwsza. Nie jest i to bez znaczenia, że w systemie oddzielenia przy zraszaniu pól traci się większą część istot pożywczych dla roślin.

6) System rozdzielenia ma tę wyższość nad systemem wspólnym, że przy stanowczo mniejszych kosztach zakładowych sieci kanałowej,

a) używa się mniejszych maszyn, mniejszych kotłów, węższych rur dla odprowadzenia ścieków;

b) wymaga mniej pola do zraszania;

c) jest możebnem przy nim więcej jednostajny, a przez to tańszy, ruch maszyn i zraszania — pierwszy tylko w dzień;

d) przy zakładaniu osadnikowych zbiorników można je urządzać w mniejszych rozmiarach;

e) w razie używania chemikaliów do osadzania ma się większą pewność co do skutku, z powodu jednostajnego ruchu przy zużywaniu mniejszych ilości środków odwietrzających i osadzających;

f) w bardzo wielu przypadkach, osobliwie gdy się dba o dokładne chemiczne osadzanie i obowiązkową dezinfekcyę wszystkich odchodów chorych zakaźnych, można lepiej wyjść przy mechanicznem osadzaniu, aniżeli w systemie wspólnym.

7) Czy się ma w jakiem mieście zaprowadzić rozdzielny, czy wspólny system, należy w każdym przypadku dokładnie zbadać higieniczne, gospodarcze, miejscowe i inne okoliczności, przyczem nie powinno brakować przedmiotowego, porównawczego obliczenia kosztów założenia i ruchu dla obydwu systemów.

W rozprawie nad niemi Prof. Baumeister i Radca budow. Lindlay zabierali głos. Obaj oświadczyli się zatem, aby nie postępowano według jednego szablonu, tylko w każdym przypadku rozważano miejscowe stosunki.

Trzeci przedmiot obrad było: Fałszowanie pokarmów i jego zwalczanie, o którem mówił starszy burmistrz ze Stuttgartu Rümelin.

Wnioski przedłożył następujące:

1) Państwa zjednoczone Niemiec, jako też większe gminy, powinny robić wielostronniejszy i rozleglejszy użytek z przysługującego sobie prawa, co do wydawania państwowych, względnie gminnych przepisów, dotyczących handlu środkami spożywczemi i środkami codziennego użytku.

2) Należy dążyć do postanowienia jednolitych prawideł w całem państwie niemieckiem dla badania i oceniania pożywek i używek.

3) Już przy pobieraniu próbek dla badania pewnych pożywek i używek, powinniby egzaminowani i zaprzysiężeni chemicy spożywczy współdziałać, o ile do tego nie są wyłącznie higienicznie czynni lekarze miejscy, dla kontroli powołani.

4) Przed zaprowadzeniem metodycznego i jednolitego badania i oceniania pożywek i używek muszą być urządzone publiczne stacye badania. Należy dążyć do tego, aby te dla poszczególnych państw i prowincyj miały organizacyę państwową, względnie prowincyonalną, a dla większych miast gminną.

5) Wszystkie towary podpadające pod ustawę pożywek i używek, wprowadzane do kraju, powinnoby się już przy wejściu w obrót handlowy w urzędach cłowych badać. Do tego potrzeba koniecznie egzaminowanych chemików, stale ustanowionych, przynajmniej przy urzędach głównych w kraju i na granicy.

Jeżeli się towary okażą zafałszowane, albo o mniejszej wartości, wtedy mają ci pobrać odpowiednie próbki i oddać najbliższej właściwej stacyi badania dla dalszego urzędowania.

Prof. Engler zgadza się w zasadzie z tendencyami wniosków i może się zgodzić tem bardziej, ile że to, do czego one dążą, w państwie Badeńskiem po największej części przeprowadzono. Lecz nie należy iść także za daleko w rozporządzeniach miejscowych i w każdym razie, co tylko rząd może, powinno państwo samo to uregulować. Jest pożądanem, aby dalej zakładano stacye publiczne chemiczne dla badania pokarmów i napojów, lecz kompetencyi za dalekiej nie należy im nadawać. Prof. Rupp wyjaśnia jak się w Karlsruhe próbki do badania pobiera i żąda ustanowienia jednakowych opłat za badania i to bardzo niskich. Dr. Pistor zwraca uwagę, że punkt 5-ty wniosków natrafi na trudności, a Dr. Kayser obawia się, by przez tenże punkt interesa handlowe i konsumentów nie były na szwank narażone. Engler odpiera zarzut, jakoby w Badeńskiem istniała walka konkurencyjna pomiędzy zakładami państwowemi a prywatnemi chemicznemi. Starszy burmistrz Fuss sprzeciwia się punktowi 5-temu, który ma tło agrarne, nie życzy sobie, aby urzędy cłowe miały obowiązek badania w tym kierunku, tylko jest zatem, aby na drodze międzynarodowych układów badania za granicą odbywały się z taką ścisłością jak i w kraju.

Sprawozdawca wykazuje, że przecież zadanie punktu 5-go nie jest znów tak wielkiego znaczenia. Nie przyznaje się do tendencyj agrarnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka słów w sprawie artykułu **Dra Stelli Sawickiego** *pod tytułem: „Okręgi sanitarne“.*

Krytyka sześcioletniej działalności instytucyi lekarzy okręgowych, umieszczona w Nrze 51 „Przeglądu lekarskiego“ przez Inspektora szpitali krajowych, Dra J. Stellę Sawickiego, jest zupełnie słuszną i prawdziwą.

Lekarz okręgowy, wobec dualistycznego ustroju naszych władz i braku egzekutywy, stoi zupełnie bezsilny ze swymi zamiarami i planami poprawy stosunków sanitarnych powierzonego sobie okręgu. Ustawy sanitarne, tak krajowe jak i rządowe, mają ogromne wady; słuszny jest wniosek, iż w akcyi tej potrzeba jednolitego działania wszystkich czynników sanitarnych w powiecie, a więc lekarzy miejskich, okręgowych, wspólnie z lekarzami i weterynarzami rządowymi; jednak pozwolę sobie wątpić, czy akcya ta odniesie pożądany skutek, nawet przy pomocy żandarma, jeśli nie znajdzie poparcia u tych, dla dobra których jest skierowana. A warunków tego poparcia, tego zrozumienia potrzeby poprawy stosunków sanitarnych u większej części naszego społeczeństwa — brak; brak go przedewszystkiem u ludu wiejskiego, gdyż poziom jego oświaty bardzo — niestety — nizki, tak nizki, iż on celu i potrzeby instytucyj sanitarnych prawie nie odczuwa.

Jest znaną rzeczą, iż władze bardzo często rozpoczynają reformy, zamiast od dołu, od góry. Trzeba było przedtem postarać się o podniesienie oświaty przez szkoły, oraz wyrobić u ludu pojęcie i zrozumienie potrzeby instytucyj sanitarnych; a dziś tworzymy te instytucye, nie bacząc, że chłop mieszka wspólnie z bydłem, że nie ma on wogóle po-

jęcia co to jest choroba, a w potrzebie udaje się do wróżbitów i znachorów, zaś w żydzie — cyruliku z miasteczka, widzi ideał pomocy lekarskiej.

Czy wójtowi na wsi zależeć będzie kiedykolwiek na dokładnem wypełnianiu poleceń komisyi sanitarnej, jak długo on sam i mieszkańcy wsi nie będą przekonani o istotnej potrzebie tych poleceń?

Z pewnością nie, — a nie przekona go o tem i bagnet żandarma.

Nietylko po sześcioletnim okresie czasu, ale upłynąć może lat sześć razy po sześć, zanim zobaczymy skutki ustawy sanitarnej, a nie zobaczymy ich nigdy, jak długo poziom oświaty ludu pozostanie ten sam, jak długo znachodzić się będą tu i ówdzie jednostki, powołane mocą swego powołania czy urzędu do niesienia pochodni oświaty, będą gasić jej płomień dla jakichkolwiek powodów.

Wśród takich okoliczności trudna praca lekarzy okręgowych, a mały jej owoc.

Zatem najpierw światła — światła! Lekarze stanowią w społeczeństwie samoistny stan, który przedewszystkiem zawsze i wszędzie troszcząc się o drugich, najczęściej zaniedbuje własne interesa. Lekarze pracują ciągle nad ochroną największego dobra społeczeństwa, bo jego zdrowia, — poświęcają w walce z chorobami swe i swych najbliższych zdrowie i życie; a tymczasem to społeczeństwo nie oszczędza stanu lekarskiego, a nawet, łącząc się w wyrachowane związki, poprostu rujnuje go. Wobec więc rozgoryczenia, jakie panuje między lekarzami, gdy obok trosk o niezabezpieczony byt, społeczeństwo to posyła lekarzy na syzyfową pracę między ciemny lud, to dotkliwie zaboleć musi każdego lekarza okręgowego, gdy jeszcze wyczyta zarzut, że „przybył nowy ciężar dla kraju, nie wypłacający się zupełnie“, że w ciągu tych sześciu lat lekarze okręgowi nic nie zmienili na lepsze w stosunkach sanitarnych, jakkolwiek żadnych warunków dla swej pracy, obmyślonych i przygotowanych nie mieli. *Dr. M. Ferensiewicz.*

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków 6 Stycznia.

* Po dokonanej reformie studyów weterynaryjnych, sprawa rozszerzenia nauczania farmaceutycznego występuje na pierwszy plan: potrzeba ta jest tem pilniejszą, że działalność aptekarza, z powodu rozwinięcia się fabrycznego przemysłu aptecznego, znacznie się zmieniła, stając się mniej laboratoryjną, a więcej ekspedycyjną; tymczasem system i rozmiary wykształcenia aptekarskiego nadal pozostają te same.

Lwowskie „Czasopismo Towarz. aptekarskiego“ w Nrze I b. r. ogłosiło artykuł pod tyt.: „Wykształcenie farmaceutów“, w którym autor, p. Koskowski, gruntownie tę sprawę wyświecił. P. K. proponuje, aby od kandydatów zawodu aptekarskiego wymagano świadectwa dojrzałości; nauki uniwersyteckie miałyby trwać 4 lata i obejmować ten zakres, który dziś obowiązuje dla otrzymania stopnia chemika biegłego (eksperta) środków spożywczych. Ustanowienie osobnego wydziału, stosownie do nowego typu farmaceutów, uważa p. K. za pożądane i słuszne. Tak wykształconemu farmaceucie oczywiście należałby się szerszy obszar działania; p. K. dopatruje to rozszerzenie w włączeniu do dzisiejszych zajęć aptekarza chemicznych badań klinicznych, oraz badań środków spożywczych.

Plan P. K. wydaje się nam zupełnie uzasadnionym, a dla postępowego rozwoju społeczeństwa nader pożytecznym. Ile aptek, tyle gruntownie wykształconych chemików, to olbrzymi czynnik w gospodarce krajowej. Sędzia, burmistrz, rolnik, lekarz, fabrykant, kupiec itd. znaleźliby na miejscu wykształconego chemika, którego zawodowa działalność wpłynęłaby zbawiennie tak na zdrowotność, jak i na stopę cywilizacyjną narodu.

(OB.) Zeszyt I „Zdrowia“, rozesłany jako okazowy, stwierdza stałą dążność Redakcyi do podniesienia i rozszerzenia wiadomości higienicznych wśród ogółu lekarskiego. Obecny zeszyt zawiera wiele wiadomości z dziedziny higieny zawodowej, które z korzyścią przeczyta każdy, kto się interesuje sprawą zdrowotności. Oprócz rozpoczętej pracy Dra Polaka, roztrząsającej sprawę wpływu skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych, w dziale wyciągów spotykamy sprawozdania o mieszkaniach dla ludności pracującej, w których sprawa mieszkań robotniczych jest należycie oświetloną. Liczne wiadomości z praktyki sanitarnej i obfite treścią drobne sprawozdania jeszcze bardziej zalecają to pismo, które, mniemać należy, znajdzie się w ręku każdego, kogo higiena i jej potrzeby istotnie obchodzą.

* Rząd rosyjski zaprowadził od 1 go Stycznia obowiązkowe używanie w recepturze dziesiętnych miar i wag.

* Dr. Tadeusz Estreicher podnosi w „Wszechświecie“ ważną sprawę ustalenia polskiej terminologii chemicznej; w liście do redakcyi proponuje on, ażeby „Wszechświat“ otworzył w swych łamach dyskusyę i na tej drodze przyczynił się do wyjaśnienia spraw spornych. Gdyby nawet nie przyszło do ustalenia wyrazownictwa chemicznego, to zawsze nagromadzony materyał byłby, według Dra Estreichera, krokiem naprzód.

Redakcya „Wszechświata“ oświadcza gotowość pośredniczenia w dyskusyi; zastrzega tylko jej przedmiotowość i treściwe referowanie.

* Firma księgarska G. Fischera w Jenie wydaje od Nowego roku nowe czasopismo pod tyt.: „Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie“, redagowane przez Doc. Hermana Schlesingera. W spisie współpracowników spotykamy nazwiska Dra Janowskiego z Warszawy i Dra Halbana z Wiednia. Sądząc z pierwszego numeru, wnosićby należało, że nauce lekarskiej przybył nader poważny i w treść bogaty miesięcznik.

Mianowania: Prof. nadzwyczajny, Dr. Szczerbakow, mianowany został prof. zwyczajnym kliniki terapeutycznej w Warszawie. Dr. Zaborowski został mianowany lekarzem przytułku położniczego Nr. 1, przy ul. Leszno.

Nekrologia. W Rosławlu, guberni Smoleńskiej, zmarł Dr. Antoni Munkiewicz.

Dnia 30 grudnia dokonał życia w Wiedniu Dr. Adolf Wolfram, wychowaniec Uniw. Jagiellońskiego.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Przeglądzie chirurgicznym“, Zeszyt IV: Zajączkowskiego A.: Poszukiwanie bakteryologiczne nad gazą srebrną. Dra Kadera Br.: Krzywa szyja pochodzenia mięśniowego. Bilczyńskiego: O operacyjnem leczeniu ankylozy stawu szczękowego. Dra Barącza R.: W sprawie etyologii niedrożności jelit przy resekcyi i całkowitem wyłączeniu jelita grubego i *ileocoeci*. Noiszewskiego K.: Leczenie operacyjne jaglicy i łuszczki. Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę, jako sposób usuwania jaglicy przewlekłej i w szczególności ciężkich postaci łuszczki. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie czyli wrzekomej dwupłciowości. W „Zdrowiu“, Zeszyt 148: Dra Polaka J.: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych. Dobrzyckiego H.: Higiena zecerów, tak zw. towarzyszów sztuki drukarskiej, oraz drukarzy, preserów i lejarzy trzcionek. W „Gazecie lekarskiej“, Nr. 1: Dra Dunina T.: O neurastenii peryodycznej. Dra Pawińskiego J.: Asthma vesicale. W „Krytyce lekarskiej“ Nr. 1: Jędrzej Śniadecki (wyjątek z pism). Hoyera H.: O Krytyce lekarskiej. Kramsztyka Z.: Koczujące oddziały okulistyczne. W „Medycynie“ Nr. 1: Prof. Kosińskiego: Guz mózgu w okolicy bruzdy Rolanda lewej. Leszczyńskiego: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótko trwałych.

Redakcya otrzymała:

— Doc. Dr. Wagner: Kak ubiereczsia ot zaraznych boleźniej. Petersburg, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 12-go b. m. o godzinie 6-tej wieczorem w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich, posiedzenie nadzwyczajne, na którem złoży sprawozdanie komisya, zawiązana przez Towarzystwo, dla etyki lekarskiej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.